# Dicas sobre Planos de Saúde

# APRESENTAÇÃO

Em nosso projeto, atuam em conjunto diversos órgãos de defesa dos consumidores: Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, Ministério Público Federal, Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro (NUDECON), PROCON-RJ, Secretaria de Municipal de Proteção e Defesa do Consumidor (SEDECON) - PROCON CARIOCA, Comissão de Defesa do Consumidor da ALERJ e Comissão de Defesa do Consumidor da OAB-RJ, todos unidos para garantir o respeito aos direitos dos consumidores no Rio de Janeiro.

A atuação integrada de todos esses órgãos é uma iniciativa inédita e tem como principal objetivo o fortalecimento do sistema de defesa do consumidor.

No final do ano de 2013, lançamos, em conjunto, a cartilha Compras de Natal, com dicas importantes para orientar os consumidores na hora de comprar seus presentes. A publicação foi a primeira contribuição do Projeto Integração para os consumidores do Rio de Janeiro e se seguiu de um reforço na fiscalização de sites de comércio eletrônico e lojas físicas. O Projeto Integração também obteve como vitórias dois Compromissos de Ajustamento de Conduta, assinados com a participação de todos esses órgãos e instituições, garantindo mais direitos para os consumidores,com as Campanhas “De Olho no Preço” e “Apoio à Adoção”*.

O sucesso do projeto e a boa aceitação da primeira cartilha nos incentivou a ir além e partir para um novo tema de interes-

se dos consumidores: os Planos de Saúde. Nessa nova cartilha, buscamos esclarecer as dúvidas mais comuns e ajudar os consumidores na hora de escolher seus planos. Esperamos que os leitores multipliquem ainda mais esses conhecimentos sobre a defesa do consumidor e façam valer seus direitos, lembrando que todos os membros do Projeto Integração estarão unidos e à disposição para auxiliá-los nessa empreitada.

Agora, virem a página e venham conhecer as nossas dicas!

Boa leitura!

* É possível acessar os Compromissos e saber mais sobre as campanhas na internet: http://rj.consumidorvencedor.mp.br/asserj e http://rj.consumidorvencedor.mp.br/assim.

# DICAS SOBRE PLANOS DE SAÚDE

Conheça o seu plano de saúde! Na hora de entender seus direitos, é importante saber se o plano é individual ou coletivo. Saiba como diferenciar:

**Planos individuais** são contratados pelo consumidor diretamente com a empresa operadora do plano de saúde. São regulados pela ANS e têm regras mais rígidas, por exemplo, para a imposição de aumentos de mensalidades ou para cancelamento do plano pela empresa, trazendo maior proteção para os consumidores.

**Planos coletivos** são contratados por uma associação, por um sindicato ou por uma empresa de que o consumidor faz parte ou é empregado. Assim, há um intermediário entre o consumidor e a empresa operadora do plano. Podem ser mais baratos no início, mas não são regulados pela ANS em todos os seus aspectos, então não possuem regras rígidas para aumentos ou cancelamentos.

- pergunte sempre antes de contratar se o plano é individual ou coletivo (procure conhecer bem as vantagens e desvantagens de cada um antes de fechar o negócio);
- veja se tudo o que o corretor ofereceu está escrito no contrato;

- pergunte o número de registro da operadora do plano de saúde na ANS e confira se ele está regular (www.ans.gov.br ou 0800-701-9656);
- observe se o plano é válido apenas no município, no estado ou no país.
- Lembre-se: não pense apenas em preço e cobertura iniciais, mas nas regras que permitem sua alteração. Garanta o futuro!

*Veja: Resolução Normativa n. 195, de 14 de julho de 2009 - ANS.*
*Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) – Art. 16, VII*

**No caso do plano coletivo, eu preciso fazer parte de uma associação, de um sindicato ou de uma empresa?**

Sim! O plano coletivo exige isso.

- se lhe for oferecido o ingresso em um plano coletivo através de uma associação ou de um sindicato de profissão da qual você não faz parte, não aceite e denuncie aos órgãos de defesa dos consumidores listados no final da cartilha. Diga não aos falsos planos coletivos!

*Art. 20-D da Resolução Normativa n.124, de 30 de março de 2006 - ANS.*
*Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009 - ANS.*

**O que é um contrato "novo" e um contrato "antigo"? E o contrato "adaptado"?**

Os contratos individuais podem ser "novos" ou "antigos".

Contrato "novo" é aquele que foi feito após a Lei dos Planos de Saúde, ou seja, a partir de 1º de janeiro de 1999.

Os contratos que foram assinados antes dessa data são conhecidos como contratos "antigos".

Já o contrato "adaptado" é um contrato que era "antigo", mas o consumidor optou por atualizá-lo, para aderir às novas regras da Lei de Planos de Saúde.

Há algumas diferenças entre eles, como vocês vão ver nas nossas dicas.

- se nada for mencionado na dica, é porque ela vale para todos os tipos de contrato.

## Carência

Conheça os prazos máximos de carência que podem ser exigidos pelos planos:

- 24 horas para urgências e emergências
- 180 dias para consultas, exames, cirurgias e internações
- 300 dias para partos

- quando a internação e/ou cirurgia for de urgência ou emergência, vale o prazo de 24 horas e não o de 180 dias.
- quando o parto é prematuro e de urgência, o prazo será de 24 horas e não de 300 dias.
- nos casos de doenças preexistentes, o prazo de carência pode ser ampliado, até dois anos.

*Veja: Resolução Normativa – RN nº 195, de 14 de julho de 2009 - ANS. Lei dos Planos de Saúde.*

**É possível contratar um plano de saúde mesmo com doença ou lesão pré-existente?**

Sim. É direito do consumidor contratar o plano de saúde mesmo tendo alguma doença ou lesão pré-existente.

Caso tenha conhecimento dessa condição, o consumidor deverá comunicar ao plano de saúde quando da assinatura do contrato.

O que o plano de saúde pode fazer, nesses casos, é restringir a cobertura de procedimentos relacionados à doença por um prazo de até 24 meses da contratação.

*Veja: Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) – art. 11.*
*Código de Defesa do Consumidor, Art. 39, IX.*

## O que está incluído no meu plano?

No caso dos planos antigos, valerá a cobertura que estiver especificada no contrato.

No caso dos planos novos, a lei prevê varias modalidades, que podem ser combinadas entre si, cabendo ao consumidor analisar aquela que melhor atende suas necessidades.

Por exemplo, os planos poderão ser: hospitalar sem obstetrícia e ambulatorial, apenas hospitalar, apenas ambulatorial, hospitalar com obstetrícia e odontológico etc.

Veja quais são os seus direitos em cada modalidade para melhor entender o seu contrato:

## Plano referência:

- atendimento integral para urgência e emergência após 24 horas da contratação (se for necessária a internação, o consumidor também estará coberto);
- assistência ambulatorial, hospitalar e obstétrica no território brasileiro;
- padrão de acomodação enfermaria.

## Plano ambulatorial:

- atendimento para urgência e emergência após 24 horas da contratação (se for necessária internação posterior, é garantida a remoção para o SUS sem custos);
- consultas em número ilimitado;
- procedimentos diagnósticos e terapêuticos para os quais não seja necessária a internação hospitalar;
- medicamentos quimioterápicos de uso oral para tratamento de câncer;
- medicamentos para tratar os efeitos colaterais das quimioterapias.

## Plano hospitalar sem obstetrícia:

- atendimento integral para urgência e emergência após 24 horas da contratação (se for necessária a internação, o consumidor também estará coberto);
- internações hospitalares, mesmo em CTI, sem limitação de prazo, valor máximo ou quantidade, podendo ser excluídos os procedimentos obstétricos;
- atendimentos e procedimentos realizados durante a internação hospitalar, inclusive as cirurgias odontológicas bucomaxilares;
- medicamentos quimioterápicos de uso oral para tratamento de câncer;
- medicamentos para tratar os efeitos colaterais das quimioterapias;
- exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e seu diagnóstico, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, quando realizados durante o período de internação;
- toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados, assim como da remoção do

paciente comprovadamente necessária para outro hospital dentro do território abrangido pelo contrato;

- despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos;
- cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação;
- cobertura ou reembolso integral das despesas com anestesista.

## Plano hospitalar com obstetrícia:

- tudo que já é garantido no plano sem obstetrícia;
- os procedimentos relacionados ao parto, como os de pré-natal e de assistência ao parto;
- qualquer procedimento médico relacionado ao recém-nascido, por 30 dias, sem custos extras, assim como sua inscrição como dependente sem o cumprimento de carências.

## Plano odontológico:

- consultas e exames auxiliares ou complementares;
- cobertura de procedimentos preventivos, de dentística (ex. tratamentos estéticos) e endodontia (ex. tratamento de canal);
- cirurgias orais menores, como aquelas realizadas no próprio consultório e sem anestesia geral;

*Veja: Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) – Art. 12*

## Internação

### Acompanhantes para crianças e idosos

Crianças, adolescentes e idosos têm direito a um acompanhante no caso de internação, independentemente do tipo de plano. Nos outros casos, somente quando houver previsão no contrato.

*Veja: Estatuto da Criança e do Adolescente - Art. 12*
*Estatuto do Idoso – Art. 16*

### Cheque caução ou garantia

Mesmo se você não tem plano de saúde, ou se seu plano de saúde não é aceito no hospital, nos casos de internação emergencial é proibido exigir como condição para o atendimento o cheque

caução ou outra garantia do pagamento. Essa exigência é prática abusiva e crime.

*Veja: Código de Defesa do Consumidor - Art. 39*
*Lei n. 12.653 - Art. 135*
*Lei Estadual n. 6.519/13*

### Limitação do tempo de internação

Os contratos que incluem internação hospitalar não podem estabelecer um limite de tempo para a internação. O plano deve custear a internação até a alta hospitalar.

*Veja: Súmula 302 - STJ*
*Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) - Art. 12, II, "A" E "B"*

## Reajustes

### Anual

Os planos de saúde podem sofrer reajustes anuais.

No caso de contratos "novos", o valor (percentual) do reajuste é fixado pela ANS.

No caso de contratos "antigos", se houver um valor (percentual) estipulado no contrato, esse pode ser utilizado, desde que não seja abusivo. Se nada for dito no contrato, vale o percentual fixado pela ANS.

Vale lembrar que os planos coletivos não têm percentual de aumento regulamentado.

*Veja: Código de Defesa do Consumidor - Art, 6º, III*
*Lei n. 9.069/95 - Art 28 Lei n. 9069/95*

## Por faixa etária

No caso de aumento por faixa etária, com o Estatuto do Idoso, foram proibidos os aumentos após os 60 anos de idade.

Os órgãos de Defesa do Consumidor entendem que a regra vale para contratos novos e antigos (anteriores à lei 9656/98).

Na prática, os aumentos são distribuídos ao longo de 10 faixas etárias durante todo o contrato.

*Veja: Estatuto do Idoso – Art. 15, §3º*

## Por uso maior do plano

As operadoras não podem aumentar as mensalidades para os beneficiários que utilizam mais consultas, exames ou internações.

Esse aumento, conhecido como reajuste por "sinistralidade", é cláusula abusiva, somente sendo admitido no caso dos contratos coletivos com coparticipação.

*Veja: Código de Defesa do Consumidor - Art. 51, IV, §1º, I, II e III*

# Cancelamento do contrato

## Pelo consumidor

O consumidor pode cancelar o contrato a qualquer tempo, bastando que envie comunicado à operadora, de preferência por escrito.

- é importante ter uma prova de que o cancelamento foi solicitado, por isso prefira fazer por escrito e guarde o comprovante de envio pelos correios ou exija o protocolo de seu atendimento.

## Pela operadora

Os contratos "novos" só podem ser cancelados pela operadora em caso de fraude do consumidor ou de falta de pagamento por mais de 60 dias (seguidos ou alternados), devendo o consumidor ser notificado antes do cancelamento.

Nos contratos "antigos", vale o que estiver no contrato, desde que não crie desvantagem exagerada para o consumidor.

*Veja: Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) - Art. 13, II*
*Código de Defesa do Consumidor - Art. 51, IV, §1º I, II e III*

Porém, nos contratos coletivos, após um ano, a empresa poderá rescindir a qualquer momento o contrato, sem justificativa, desde que avise o contratante com 60 dias de antecedência.

*Veja: Resolução Normativa n. 195, de 14 de Julho de 2009 – ANS - Art. 17, Parágrafo Único*

## Atraso no pagamento

### Quais as consequências?

Se o seu contrato é "novo", e o atraso ocorre por mais de 60 dias (seguidos ou alternados), a operadora pode cancelar seu plano, devendo notificar você após 50 dias de atraso.

Se o seu contrato é "antigo" ou coletivo, o atraso, ainda que por menos tempo, pode gerar o cancelamento, dependendo do que estiver previsto no contrato. Vale lembrar que períodos muito curtos de atraso gerando cancelamento podem ser cláusulas abusivas.

- independentemente do número de dias de atraso no pagamento, se o total for menor do que o exigido para o cancelamento, não poderá nunca haver imposição de nova carência ou suspensão do atendimento. Além disso, não pode haver cancelamento durante períodos de internação do consumidor.

*Veja: Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) - Art. 13, Parágrafo Único, I, II e III*

## Portabilidade – Quer mudar de plano?

Com a portabilidade, o consumidor consegue mudar de plano de saúde sem cumprir novos prazos de carência.

Para ocorrer a portabilidade, o contrato deve ser "novo" ou "adaptado", individual, estar em dia com os pagamentos e o consumidor deve estar na operadora de origem há pelo menos 2 anos.

Os contratos coletivos feitos através de associações ou sindicatos também podem ter portabilidade.

A portabilidade deve ser feita no mês de aniversário de seu contrato ou dentro dos três meses seguintes.

- O prazo no plano de origem pode aumentar para 3 anos em casos de doença preexistente.

*Veja: Resoluções Normativas n. 186/2009 e n. 252/2011 - ANS*

## Prazos Máximos Para Atendimento ao Consumidor

Se a consulta, o exame ou o procedimento está incluído na cobertura contratada ou na cobertura mínima prevista em lei, e não há carência, o atendimento deverá ser garantido nos seguintes prazos:

- consulta básica - pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia: em até 7 (sete) dias úteis;

- consulta nas demais especialidades médicas: em até 14 (quatorze) dias úteis;

- consulta/sessão com fonoaudiólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

- consulta/sessão com nutricionista: em até 10 (dez) dias úteis;

- consulta/sessão com psicólogo: em até 10 (dez) dias úteis;

- consulta/sessão com terapeuta ocupacional: em até 10 (dez) dias úteis;

- consulta/sessão com fisioterapeuta: em até 10 (dez) dias úteis;

- consulta e procedimentos realizados em consultório/clínica com cirurgião-dentista: em até 7 (sete) dias úteis;

- serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial: em até 3 (três) dias úteis;

- demais serviços de diagnóstico e terapia em regime ambulatorial: em até 10 (dez) dias úteis;

- procedimentos de alta complexidade - PAC: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- atendimento em regime de hospital-dia: em até 10 (dez) dias úteis;
- atendimento em regime de internação eletiva: em até 21 (vinte e um) dias úteis;
- urgência e emergência: imediato.

- esses prazos não são para atendimento pelo médico específico escolhido pelo consumidor, mas para atendimento por qualquer médico ou hospital credenciado.

*Veja: Art. 13 da Resolução Normativa - RN N° 259, de 17 de Junho de 2011.*

## Descredenciamento de hospitais e médicos

Os hospitais e clínicas credenciados no plano de saúde devem ser mantidos ao longo dos contratos, como compromisso com os consumidores. Se for realizado o descredenciamento, os planos de saúde deverão substituir o prestador de serviços descredenciado por outro equivalente, além de informar ao consumidor sobre a mudança com antecedência de 30 dias.

No caso do descredenciamento de hospitais e clínicas ocorri-

do por vontade do plano de saúde, durante período de internação do consumidor, o estabelecimento é obrigado a manter a internação e o plano de saúde é obrigado a custear as despesas até a alta hospitalar, a critério do médico e do contrato.

*Veja: Lei dos Planos de Saúde- Art. 17. Nova Redação Pela Lei Nº 13.003/2014, Válida a Partir de 24 de Dezembro.*

## Inclusão de crianças e adolescentes como dependentes durante os processos de adoção.

Não só as crianças, mas também os adolescentes que estejam em guarda provisória durante processos judiciais de guarda, tutela ou adoção, podem ser incluídos como dependentes no plano de saúde, sem nova carência, desde que o titular já tenha cumprido sua carência e o pedido seja feito em até 30 dias após a guarda provisória.

Nos casos de atraso nas decisões de renovação da guarda provisória, não deverá haver também nova carência ou suspensão do atendimento da criança ou adolescente.

*Veja: Lei n. 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde) - Art. 12, III, b*
*Constituição Federal - Art. 227, §6º*
*Estatuto da Criança e do Adolescente – Art. 33, §3º*

## Uso de tecnologia e medicamento importado em tratamento

Se o plano de saúde tem cobertura para o tratamento da doença específica do consumidor, não pode se recusar a custear o tratamento prescrito pelo médico, ainda que envolva técnicas e medicamentos modernos ou importados.

*Veja: STJ AgRg no AREsp 7865 / RO; REsp 1320805 / SP; AgRg no AREsp 344148 / RS; AgRg no Ag 1.139.871/SC*

## Próteses e órteses

Se o plano de saúde tem cobertura para a cirurgia indicada para o paciente, não pode se recusar a custear a prótese ou órtese indispensável para o sucesso da cirurgia, ainda que seja importada, desde que indicada pelo médico.

*Veja: STJ REsp 1046355 / RJ; REsp 952144/SP; AgRg no AREsp 345433 / PR*

## Quimioterapia com medicamentos de uso oral

Se o plano de saúde cobre o tratamento de câncer, não pode se recusar a custear a quimioterapia, independentemente de ser em hospital ou em domicílio, com medicamentos de uso oral, se esse for o tratamento mais indicado para o paciente, de acordo com a prescrição médica. Além disso, o plano deve fornecer os medicamentos necessários para o controle dos efeitos adversos relacionados ao tratamento quimioterápico.

*Veja: Resolução Normativa n. 338, de 21 de Outubro de 2013 - ANS*

## Cirurgias de reconstrução de mamas

As cirurgias de reconstrução de mamas, em caso de extirpação da mama (retirada um ou ambos os seios) durante tratamento ou por acidente, não devem ser consideradas procedimentos estéticos e devem ser cobertas pelos planos.

*Veja: Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS*

## Cirurgias de remoção do excesso de pele após redução do estômago

As cirurgias de retirada do excesso de pele após cirurgia bariátrica (redução de estômago) fazem parte do tratamento da obesidade mórbida e devem ser integralmente cobertas pelo plano de saúde.

*Veja: STJ - Resp 1136475/RS*

## Taxa de disponibilidade para realizar parto

É proibida a cobrança de taxa pelos médicos obstetras para realizar pessoalmente o parto das gestantes atendidas por planos de saúde. Os custos do parto e do pré-natal cabem apenas ao plano de saúde, não podendo haver taxa extra.

Atenção: caso seja surpreendida com essa cobrança, a gestante deve comunicar aos órgãos de defesa do consumidor, conforme listagem ao final da cartilha.

*Veja: Nota n. 394/2014 ANS*

## AIDS e outras doenças infectocontagiosas

O plano de saúde não pode excluir o tratamento de HIV ou qualquer outra doença infectocontagiosa de sua cobertura.

*Veja: STJ - AgRg no REsp 1299069/SP; REsp 304326/SP; Ag 1274148/MG; REsp 876064/PE*

## Informação sobre negativa de autorização

Sempre que o plano de saúde negar a realização de uma consulta, de um exame ou de um procedimento deve informar por escrito, em linguagem clara, no prazo máximo de 48 horas, o motivo da negativa, indicando a cláusula do contrato ou a lei que a justifique.

Se o consumidor solicitar, essa informação deverá ser fornecida por escrito, no mesmo prazo.

*Veja: Resolução Normativa n. 319, de 05 de março de 2013 – ANS – Art. 2º*

## E se o consumidor não concordar com a negativa?

Ele pode procurar:

- a Ouvidoria da própria operadora de plano de saúde;
- a Ouvidoria da ANS (as operadoras são notificadas para apresentarem explicações em até 10 dias úteis)
- no serviço público federal www.consumidor.gov.br
- qualquer órgão de defesa do consumidor (PROCONs Defensoria Pública, Comissões de Defesa do Consumidor da Assembléia Legislativa e da OAB, além de comunicar ao Ministério Público).

# Conheça um pouco mais sobre os órgãos que atuam em sua defesa

## Defensoria Pública - NUDECON

A Defensoria Pública do Rio de Janeiro atua de mãos dadas com o consumidor para garantir seus direitos em todo o Estado, de forma gratuita e integral, através de atendimento individual ou da identificação de tutelas coletivas, podendo fazê-lo extrajudicialmente com orientação ao consumidor e negociações diretas, ou judicialmente pela propositura e acompanhamento de demandas judiciais.

O NUDECON oferece também apoio especializado ao consumidor superendividado, com atendimento diferenciado, para aqueles que se encontram em uma situação extrema, com o comprometimento total de sua subsistência.

Contato: Informações sobre locais de atendimento pelo telefone 129, 24 horas por dia, 7 dias por semana.

## Comissão de Defesa do Consumidor OAB-RJ

A Comissão atua em estudos para aplicação e aprimoramento das normas protetivas do consumidor, organiza e participa de cursos e, sempre que cabível e necessário, age na defesa coletiva do consumidor do Estado do Rio de Janeiro. Também pode sugerir a criação de órgãos e instrumentos de proteção do consumidor e elaborar projetos de lei em beneficio dos consumidores.

Contato: cdc@oabjr.org.br ou seccomissoes@oabrj.org.br, secretaria das comissões especiais da OAB/RJ situada na Av. Marechal Câmara nº 150, 7º andar .

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

## CODECON ALERJ

A Comissão de Defesa do Consumidor da ALERJ presta atendimento à população de todo o Estado do Rio de Janeiro, resolvendo conflitos referentes à relação de consumo. A CODECON procura resolver os conflitos por meio da conciliação e, caso não seja possível, auxilia o consumidor no ingresso à Justiça. A CODECON elabora Ações Civis Públicas contra empresas que descumprem a legislação, amparando assim, todos os consumidores do Estado.

Contato: através do telefone 0800-2827060, do ônibus que circula por todo o Estado ou da internet. Atendimento pessoal no térreo do prédio da ALERJ da Rua da Alfândega nº 8.

## PROCON RJ

O PROCON-RJ é órgão do Poder Executivo Estadual destinado à proteção e defesa dos direitos e interesses dos consumidores em todo o Estado do Rio de Janeiro. Cumpre ao PROCON dar atendimento direto aos consumidores, orientando-os, intermediando o contato com as empresas e buscando acordos. O PROCON também tem atuação destacada na fiscalização de estabelecimentos comerciais e concessionárias de serviço público, podendo aplicar multas, apreender produtos e interditar estabelecimentos em casos de irregularidades graves.

Contato: Informações sobre locais de atendimento pelo telefone 151 ou no site www.procon.rj.gov.br

# Conheça um pouco mais sobre os órgãos que atuam em sua defesa

## PROCON CARIOCA

O PROCON CARIOCA, vinculado à Secretaria Municipal de Defesa do Consumidor (SEDECON), órgão da Prefeitura do Município do Rio de Janeiro responsável por proteger e defender o consumidor carioca. Realiza atendimento direto aos consumidores do Município do Rio de Janeiro, orientando-os, intermediando contato com as empresas e buscando acordos, além de fiscalizar estabelecimentos comerciais. O PROCON CARIOCA também trabalha nas mídias sociais dando orientações e recebendo reclamações pelo Facebook e Twitter. Organiza cursos e palestras promovendo Educação para o Consumo.

Contatos: Portal 1746: www.1746.rio.gov.br ou através do telefone 1746. Twitter: @proconcarioca. Facebook: www.facebook.com/proconcarioca

## MPRJ

O Ministério Público é instituição que representa a sociedade e defende seus interesses mais relevantes, dentre esses, os direitos dos consumidores. O MPRJ atua quando a lesão vem a atingir uma coletividade de pessoas que estejam na mesma situação de fato, isto é, que sejam todas vítimas da mesma prática comercial, ou da mesma empresa fornecedora de bens ou serviços. O MPRJ ajuiza ações coletivas e também firma com as empresas compromissos de ajuste de sua conduta às normas de proteção, os quais beneficiam todos os consumidores daquele caso.

Contato: Ouvidoria – Telefone 127 ou http://www.mprj.mp.br/cidadao/ouvidoria/faca-sua-comunicacao-aqui/

Site Consumidor Vencedor / Campanha Fiscal Cidadão: rj.consumidorvencedor.mp.br

## MPF

O Ministério Público Federal também atua na defesa coletiva dos consumidores, com ações civis públicas e compromissos de ajuste de conduta, e zela pela realização do Estado de Direito econômico, a bem da igualdade e da liberdade e em defesa do consumidor, do equilíbrio de mercado e da distribuição de renda. O MPF atua quando as questões envolvem agências reguladoras (ex: ANS, ANVISA, ANATEL) ou empresas públicas federais (ex: Correios).

Contato: atendimento ao cidadão da PR/RJ: (21) 39719553.

# Realização:

ASSEMBLÉIA LEGISLATIVA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO